Travail du Centre anti-cancéreux de l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 — THÈSE — Nº 409

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean CLÉMENT

Né le 30 janvier 1923, à Vernon (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le 19 JUIN 1947 *1947*

CANCER DE LA PORTION MOBILE DE LA LANGUE

TRAITEMENT ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Président : M. BROCQ, *Professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1947

Travail du Centre anti-cancéreux de l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1947 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean CLÉMENT

Né le 30 janvier 1923, à Vernon (Eure)

Présentée et soutenue publiquement le 1947

CANCER DE LA PORTION MOBILE DE LA LANGUE

TRAITEMENT ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Président : M. BROCQ, *Professeur*.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^ie^, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1947

DOYENS HONORAIRES

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... **Léon BINET**
Membre de l'Institut

ASSESSEUR..... **Jean VERNE**

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BÉNARD (H.) CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.)
Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL. LÉVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (Guy)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O.-R.-L.), JAYLE M. (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie).

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N... ff DEBEYRE
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato-Syphiligraph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie.	AUBIN
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FÉVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER, SICARD.
Pathologie expériment.	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LÉNÈGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIÉ.
édiatrie	LAPLANE. MARIE (Julien).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiatrie	BARUK.
Thérap. Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique), HUGUENIN (Anatomie pathologique) LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES FUNCK-BRENTANO GATELLIER. MÉNEGAUX.	Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique médicale	BARIÉTY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.	Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
		Clinique ophtalmologique.	RENARD.
		Clinique oto-rhino-laryngologique.	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de filiale affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES COMPAGNONS D'ÉTUDE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCQ

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A Monsieur le Docteur NADAL

Radiologiste des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils.

En témoignage de reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée.

A Monsieur le Docteur TAILHEFER

De la Fondation Curie

En remerciement de l'aide qu'il nous a apportée pour la rédaction de notre travail.

A NOS MAITRES

Monsieur le Docteur HÉCART, Chirurgien des Hôpitaux de Rouen (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur NÉE.

Monsieur le Professeur CATHALA, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Docteur DECOURT, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur LANTUÉJOUL, Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur LEMIERRE, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur GOUGEROT, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur GUILLAIN, Médecin des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur FEY, Urologiste des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur LEMAITRE, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur VELTER, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris.

Monsieur le Professeur DELAY, Chef du Service de Psychiâtrie de l'Hôpital Sainte-Anne.

Monsieur le Professeur JOLY, Chef du Service d'Electro-radiologie de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur LAGARENNE, Radiologiste de l'Hôtel-Dieu.

Cancer de la portion mobile de la Langue

TRAITEMENT ET RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Nous ne saurions commencer ce travail sans adresser tous nos remerciements à M. le Professeur Brocq, Directeur du Centre anti-cancéreux de l'Hôtel-Dieu de Paris, qui a bien voulu nous faire le très grand honneur de présider cette thèse, et à M. le Dr Nadal, chef de service du Centre pour l'amabilité avec laquelle il a facilité nos recherches parmi ses malades. Nous avons pu ainsi étudier 63 cas de cancer de la langue dont l'examen nous a permis d'écrire notre ouvrage.

Cette étude n'a nullement la prétention d'examiner toutes les méthodes actuellement employées pour traiter un cancer de la partie mobile de la langue, mais simplement d'indiquer le mode de traitement suivi à l'Hôtel-Dieu ainsi que les résultats thérapeutiques obtenus.

Notre travail porte sur la période s'étendant depuis 1935, époque à laquelle le Dr Tailhefer de la Fondation Curie fut attaché au Centre, jusqu'à 1947. Toutefois notre statistique n'ira que de 1935 à 1942 puisque nous ne citerons comme guéris que des cas où la survie est au moins de cinq ans. Accessoirement nous citerons quelques cas qui, bien que traités après 1942 nous ont paru intéressants au point du vue étiologique ou thérapeutique.

L'étude du cancer de la partie mobile de la langue nous a paru devoir être divisée en plusieurs parties qui porteront successivement sur :

— les données anatomo-cliniques présidant au choix du traitement,

— le traitement, où l'on envisagera séparément la cure de la lésion primitive, puis des ganglions et enfin des récidives,

— la prophylaxie du cancer de la langue.

DONNÉES ANATOMO-CLINIQUES
présidant au choix du traitement

Quand un malade se présente porteur d'une lésion cancéreuse de la langue il importe avant tout, et quel que soit le traitement envisagé, de bien définir la situation de la tumeur ainsi que ses dimensions, ses adhérences, ses formes clinique et histologique, l'état des ganglions du cou On ne négligera pas non plus d'étudier l'état général du malade, en un mot de prendre une observation complète. Cette sorte de bilan initial permettra, non seulement de choisir le traitement qui paraît le mieux convenir, mais en outre de suivre son effet par des examens ultérieurs répétés et de pouvoir comparer des cas semblables entre eux quand on désire connaître les résultats de telle ou telle méthode thérapeutique.

Examen de la tumeur

Le siège d'un épithélioma sera défini par rapport à la ligne médiane et à la pointe. En effet, la gravité de ce cancer est due avant tout à l'envahissement précoce des ganglions lymphatiques. Or, une lésion qui reste strictement unilatérale et n'atteint pas la ligne médiane n'envahira, tout au moins au début, que les ganglions situés du même côté ? Au contraire, l'envahissement ganglionnaire et bilatéral dès que l'on se trouve en présence d'une lésion atteignant la ligne médiane ou siégeant à la pointe de la langue. Roux-Berger et Tailhefer ont montré, dans un travail fait à la Fondation Curie, que le taux des adénopathies bilatérales n'était que de 6 % dans le cas de lésion bien latéralisée alors qu'il s'élevait à 32 % dès que le cancer touchait ou dépassait la ligne médiane (1). D'autre part, Tailhefer cite à la Société de Stomatologie douze cas où la lésion atteignait la

(1) Roux-Berger et Tailhefer, Cancer de la partie mobile de la langue. Traitement des adénopathies. 494 cas. *Mémoire de l'Académie de Chirurgie*, t. 65, n° 19, 7 juin 1939, p. 835-850.

ligne médiane et où l'évidement n'avait été qu'unilatéral. Neuf fois la récidive ganglionnaire s'est produite du côté opposé, le côté opéré restant guéri (1).

Afin de connaître le nombre d'aiguilles de radium à employer ainsi que pour juger ultérieurement de leur efficacité il importe de bien définir les dimensions de la tumeur. En même temps l'examen précisera si elle est mobile ou au contraire fixée. On recherchera tout spécialement la propagation vers le voile du palais, vers le pharynx ou le plancher de la bouche : éléments rendant le pronostic d'autant plus sombre et pouvant parfois même faire opter pour l'abstention ou un traitement simplement palliatif.

Le pronostic sera également fondé sur la forme clinique de la lésion linguale. Il existe, en effet, un cancer végétant qui est moins grave que la tumeur infiltrante. Si dans l'épreuve de la protraction de la langue, celle-ci n'est pas déviée, c'est qu'il s'agit d'une forme simplement muqueuse où l'électro-coagulation pourra donner de bons résultats alors que, dans le cas contraire, on a affaire à une forme infiltrant les muscles, forme plus sévère où il faudra surtout envisager un traitement par radium.

On terminera l'examen de la bouche en recherchant l'existence d'une leucoplasie et en appréciant soigneusement l'état des dents. La leucoplasie, origine fréquente du cancer de la langue, risque fort de nuire au résultat thérapeutique car, bien souvent, elle sera la cause d'une récidive ou même d'un épithélioma survenant en un autre point de la langue. Quant aux dents, il importe de noter leur état qui pourra intervenir dans le choix du traitement ; on repérera les dents cariées pour lesquelles il faudra sans hésiter demander une extraction.

Il va de soi que cet examen ne serait pas complet s'il n'était suivi d'une biopsie ; il faut toutefois savoir interpréter ses résultats. Dans tous les cas où la biopsie sera négative alors que l'examen clinique faisait penser à un cancer il faudra la refaire. L'histologie nous montre que, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire, forme dont on peut dire qu'elle évolue rapidement et envahit également vite les ganglions lymphatiques. Cette forme est moyennement radio-sensible. Toutefois, au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la pointe de la langue on voit que les différents épithéliomas deviennent

(1) Tailhefer (A.), Etat actuel du traitement du cancer de la langue. *Revue de Stomatologie*, 39e année, n° 2, février 1937, p. 70-78.

de moins en moins différenciés et qu'ils finissent même par prendre un type intermédiaire. Malgré tout nous n'avons pas rencontré d'épithéliomas baso-cellulaires dans notre étude. Parallèlement à cette évolution vers le type intermédiaire, la radiosensibilité de la tumeur augmente. Enfin, à la partie toute postérieure de la langue, on peut trouver des lympho-épithéliomes rappelant le cancer de l'amygdale et, comme ce dernier, extrêmement sensibles aux radiations.

Examen des ganglions

La recherche des ganglions constitue un temps capital de l'examen d'un cancer de la langue, mais, pour l'exécuter correctement, il est indispensable de bien connaître la disposition anatomique des différentes voies lymphatiques pouvant être intéressées par le processus néoplasique.

Nous pouvons, avec Rouvière, décrire trois chaînes principales :

Les ganglions carotidiens qui sont échelonnés le long de la veine jugulaire interne drainent la partie postérieure de la langue, son corps et ses bords. Ils constituent de beaucoup la chaîne la plus importante ; il faudra rechercher plus spécialement le ganglion carotidien supérieur de Küttner, sous-digastrique, qui constitue un véritable relai et se trouve fréquemment le premier atteint.

Les ganglions sous-maxillaires drainent les bords et le centre de la langue.

Quant aux *ganglions sous-mentaux*, ils répondent à la région de la pointe.

On peut donc en déduire que les ganglions envahis siègent d'autant plus haut que la lésion linguale est plus postérieure. Outre ces trois groupes principaux, il faut également surveiller la chaîne lymphatique spinale et le creux sus-claviculaire où l'on peut déceler des ganglions appartenant à la chaîne cervicale transverse.

Il convient toutefois de remarquer que l'Anatomie nous enseigne quels sont les envahissements ganglionnaires possibles, mais que la Clinique seule peut nous montrer les modes de propagation lymphatique les plus fréquents. Il est d'ailleurs prouvé que *dans le cas d'un cancer de la langue, la métastase ganglionnaire se produit par embolie plutôt que par simple propagation.*

Il faudra bien entendu examiner systématiquement les deux côtés du cou. Si on trouve des ganglions on s'efforcera de préciser leur volume, leur mobilité : éléments qui importent dans le choix du traitement.

Que penser de la présence de ces ganglions? Roux-Berger et Tailhefer citent, dans leur statistique, soixante cas d'épithéliomas de la langue sans adénopathie clinique initiale ; trente-trois fois l'examen histologique a montré qu'il existait une métastase ganglionnaire. D'autre part, dans cinquante-huit cas avec adénopathie cliniquement perceptible, vingt-sept d'entre eux seulement présentaient des ganglions cancéreux. Nous-mêmes pouvons citer dans notre étude un cas de cancer de la langue avec des ganglions très nets et qui, une fois prélevés, se sont révélés être de nature tuberculeuse. Ces différents cas établissent donc l'impossibilité du diagnostic clinique de l'état des ganglions, ce qui nous laisse déjà prévoir *que l'on devra toujours et systématiquement traiter les chaînes lymphatiques, tout au moins du côté de la lésion.*

Examen de l'état général

Il faut également tabler pour le choix du traitement sur l'état général du malade ainsi que sur ses antécédents. Un malade fatigué ou âgé supportera difficilement une radiumpuncture et peut-être faudra-t-il envisager une thérapeutique moins pénible. Si le malade présente un Wasserman positif il ne faut pas s'empresser de conclure d'emblée à une syphilis ; on doit penser que cette affection est une grande cause de cancer de la langue par suite de la leucoplasie fréquente qu'elle occasionne ; par conséquent, des antécédents spécifiques n'infirment pas le diagnostic d'épithélioma, mais peuvent au contraire le renforcer. On se souviendra que, dès 1872, Auger avait signalé le coup de fouet donné au cancer par le mercure et l'iodure.

Le reste de l'examen général sera celui que l'on pratique couramment pour tout malade appelé à subir une intervention chirurgicale.

TRAITEMENT

Comme nous l'avons dit plus haut l'étude du traitement portera successivement sur la lésion linguale, les ganglions et les récidives.

Traitement de la lésion linguale

Pour effectuer la stérilisation d'une lésion cancéreuse de la langue nous disposons actuellement de deux sortes de moyens thérapeutiques : les radiations et la chirurgie.

Le traitement par les radiations comporte la radiumpuncture et l'application de rayons X.

Radiumpuncture

Avant de procéder à une radiumpuncture de la langue il faut d'abord mettre en état la bouche du malade. Pour cela on demandera au dentiste de procéder à l'extraction des dents qui se trouvent en regard de la lésion et de détartrer soigneusement les autres. S'il existe des prothèses ou des obturations on procédera à l'ablation des pièces métalliques, ceci afin d'éviter un rayonnement secondaire dangereux au cours de l'irradiation. Une fois ces précautions prises, le malade se rincera fréquemment la bouche avec une solution antiseptique. Parfois même on emploiera des badigeonnages au Novar pour lutter contre une association fuso-spirillaire ou des vaccins antipyogènes destinés à éliminer le streptocoque de la cavité buccale.

Une demi-heure avant l'intervention on administre au malade un centigramme de morphine en injection sous-cutanée. Puis le patient étant assis, la tête légèrement penchée en avant, on pratique une anesthésie locale en injectant une solution de novocaïne dans l'épaisseur même de la langue.

Au centre de curiethérapie de l'Hôtel-Dieu le Dr Tailhefer emploie surtout deux types d'aiguilles : des aiguilles chargées avec un milligramme trente-trois de radium et d'autres à

foyers multiples démontables de un milligramme de radium par centimètre de longueur d'aiguille ; ces dernières permettent d'irradier une région profonde tout en respectant des couches plus superficielles. On sait d'autre part qu'un foyer de 1 milligramme trente-trois correspond à 0,24 millicurie détruit par vingt-quatre heures. A l'aide de pinces spéciales on introduit les aiguilles à un centimètre et demi l'une de l'autre de façon à *cerner* la lésion tout en restant un peu à distance d'elle. On en ajoutera ensuite quelques-unes à l'intérieur de la tumeur pour réaliser une irradiation homogène et pour que la dose totale qui dépend du volume de l'épithélioma, mais varie entre quinze et trente millicuries détruits soit donnée dans un délai de cinq à huit jours. Les foyers situés à la périphérie de la lésion sont d'ailleurs de beaucoup les plus importants. Les aiguilles, munies de deux fils, sont réunies deux à deux ou fixées à la muqueuse à l'aide du fil le plus fin alors que tous les plus gros fils sortent de la bouche et sont fixés derrière l'oreille au moyen d'un morceau d'adhésif. On pourra les passer dans un petit tube de caoutchouc afin qu'ils ne blessent pas la commissure labiale. Les fils ne seront pas tendus afin de permettre les mouvements de la langue. Il est d'autre part souvent commode, au cours de l'intervention, d'aspirer la salive du malade au moyen d'une poire de dentiste.

On remarque que, dans les cas d'une radiumpuncture, la guérison de la lésion est certes obtenue par action radio-active, mais aussi par action caustique. Si, en effet, on donnait le même nombre de millicuries détruits à l'aide d'un appareil de télécurietherapie les résultats seraient très inférieurs.

Pendant la durée de l'irradiation le malade reste au repos en évitant de parler et de faire des mouvements de déglutition trop violents ; d'ailleurs seule l'alimentation liquide ou semi-liquide est possible. On procède à de fréquents rinçages de bouche et la température est prise régulièrement. Une fois la dose désirée administrée on retire les aiguilles en prenant bien soin de couper le fil le plus mince et non celui qui sert à la traction. On observe parfois à ce moment une hémorragie d'abondance variable ; le plus souvent un simple tamponnement avec des compresses imbibées d'hémostatique suffit à la faire céder et ce n'est que tout à fait exceptionnellement que l'on doit recourir à une ligature de la carotide externe.

Somme toute, nous pouvons dire que la radiumpuncture est une méthode très peu choquante, ne nécessitant pas l'anesthésie

générale, méthode dont les effets curatifs sont des plus intéressants, mais qui présente toutefois l'inconvénient d'être pénible à supporter.

Rayons X

Quand il s'agit de traiter un cancer de la langue les rayons X constituent une méthode rarement employée et, le plus souvent, dans un but purement palliatif.

On emploie à l'Hôtel-Dieu le radiothérapie sous deux cent kilovolts avec des filtres d'un millimètre de cuivre et de trois dixièmes de millimètre d'aluminium. On utilise trois portes d'entrée : deux champs angulo-maxillaires droit et gauche et un champ postérieur direct facultatif. La dose est de 200 à 250 r par séance à raison de trois par semaine, un champ se trouvant irradié chaque fois. La dose totale sera environ de 3.000 à 4.000 r pour chaque champ.

La radiothérapie sous cent kilovolts en application intra-buccale et la radiothérapie de contact ne sont pas actuellement employées à l'Hôtel-Dieu.

Chirurgie et électrocoagulation

Il se présente parfois certains cas où la radiumpuncture ne peut pas être employée pour guérir un cancer de la langue : âge du malade, dents en excellent état et que l'on désire conserver, langue ayant déjà été traitée par les radiations... On emploie dans ce cas la chirurgie ou plutôt l'électrocoagulation.

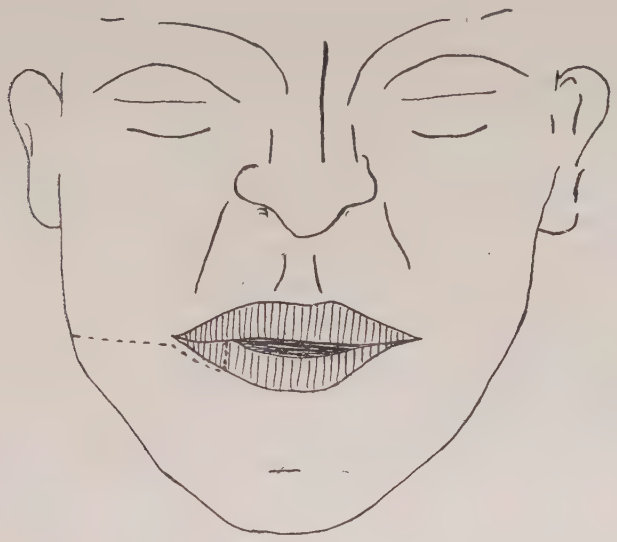
Le traitement chirurgical a tout d'abord consisté dans une excision de la tumeur au bistouri ordinaire. Cette méthode est actuellement abandonnée au profit de l'électro-chirurgie. Les effets de coagulation sont obtenus à l'aide de courants de haute fréquence (un million de périodes par seconde), mais ces effets sont très différents suivant l'appareillage employé.

L'appareil à lampe triode fournit un courant à ondes entretenues qui réalise une section parfaite, mais une coagulation nulle. Il s'agit là du bistouri électrique qui constitue un instrument coupant parfaitement et toujours stérile, mais ne présentant aucun intérêt pour la chirurgie du cancer.

L'appareil constitué par un circuit oscillant (condensateur, self et éclateur) donne un courant très amorti, par conséquent des trains d'ondes successifs. Le résultat en sera en effet coagu-

lant très marqué, mais une section à peu près inexistante due à l'adhérence des tissus brûlés sur l'électrode active.

On utilise actuellement des appareils générateurs de courants semi-entretenus, coupant et coagulant. Il s'agit également de générateurs à éclateur, mais au lieu de prendre le courant d'utilisation aux bornes de la self on le prend par induction ou par dérivation dans un deuxième circuit oscillant ne comprenant pas



Fente de Jæger respectant la commissure labiale.

d'éclateur. En faisant varier la distance d'éclatement et les couplages des circuits il sera possible d'obtenir une section ou une électrocoagulation plus ou moins marquée. Cette application constitue l'électrocoagulation coupante qui est la seule méthode de chirurgie électrique à présenter un réel avantage pour l'exérèse d'un cancer.

La préparation du malade est la même que pour une radiumpuncture. On emploie l'anesthésie locale. L'opération est pratiquée à l'Hôtel-Dieu à l'aide d'un appareil à grande puissance (courant de douze ampères sur 220 volts). On pratique des amputations partielles longitudinales ou transversales. Si l'opération est aisée tant que la lésion siège vers la pointe, elle devient par contre plus difficile dès que l'on veut traiter la région de V lingual. On est alors souvent obligé de pratiquer une fente de Jaeger pour se donner plus de jour. Cette opération consiste à fendre la joue par un trait horizontal partant de la commissure

labiale. Cette intervention très utile, présente parfois l'inconvénient de provoquer une rétraction cicatricielle de la commissure gênant ultérieurement l'ouverture de la bouche. Tailhefer, s'inspirant de Morestin, a modifié cette technique. L'incision est pratiquée à un centimètre en dedans de la commissure, verticalement jusqu'à la ligne cutanéo-muqueuse, on suit cette ligne jusqu'au voisinage de la commissure ; l'incision s'infléchit ensuite sur la joue, horizontale dans son ensemble, mais légèrement oblique en bas, en suivant le « pli du rictus ». De cette façon la commissure n'est pas intéressée et l'ouverture de la bouche se fait parfaitement. Il importe d'autre part de savoir que, comme le dit Sébileau, et contrairement à l'habitude, la suture de la fente de Jaeger doit être faite en un seul plan, qu'il s'agisse du procédé classique ou de celui préconisé par Tailhefer. En effet, on intervient en milieu septique ; si donc on suturait la muqueuse séparément une infection se produirait entre les deux sutures et ferait rapidement sauter les points.

Le gros danger d'une électrocoagulation importante réside dans la possibilité d'une hémorragie secondaire. Aussi, dès que l'amputation linguale doit être assez large, faut-il pratiquer une ligature de la carotide externe ou de l'origine de l'artère linguale, du côté de la lésion et parfois même des deux côtés. On pratique en une séance opératoire l'évidement ganglionnaire, la ligature de la carotide externe et l'électrocoagulation de la lésion linguale. Si la tumeur dépasse la ligne médiane, l'évidement porte sur les deux régions sous-maxillaires et sur la région carotidienne la plus atteinte ; de ce côté on lie la carotide externe et de l'autre l'origine de l'artère linguale dans le triangle postérieur.

Il semble que l'électrocoagulation présente sur la radiumpuncture l'avantage d'être moins douloureuse (car les terminaisons nerveuses sont brûlées au niveau de la cicatrice). Toutefois le résultat fonctionnel ultérieur n'est pas aussi satisfaisant, en particulier dans la protraction où la langue est déviée du côté de la cicatrice.

Traitement des ganglions

La cure de la lésion linguale serait tout à fait inutile si elle n'était suivie à bref délai par le traitement des ganglions. Il est en effet obligatoire et à l'Hôtel-Dieu on le pratique environ cinq semaines après la radiumpuncture ou l'électrocoagulation.

Il va de soi que le traitement des ganglions doit toujours suivre et non précéder celui de la langue ; en effet, les vaisseaux lymphatiques canalisent en quelque sorte les cellules cancéreuses ; leur ouverture alors que la source des éléments néoplasiques existe encore, produirait un véritable ensemencement de la région cervicale par le processus tumoral. La statistique de Roux-Berger et Tailhefer démontre bien la nécessité de la cure ganglionnaire : sur cent cas traités précocement par évidement le taux des guérisons de plus de cinq ans et de 38 % ; soixante-dix cas non traités par évidement et qui ne présentaient pas d'adénopathie clinique initiale donnent encore 34 % de guérisons alors que, lorsqu'il existe des ganglions cliniquement perceptibles, ce taux tombe à 10 %. Nous envisagerons successivement le traitement chirurgical puis celui par des rayons X et le radium.

Chirurgie

Poirier le premier a étudié la technique de l'évidement ganglionnaire. Elle fut reprise par Morestin, par Crile et enfin par Roux-Berger et Tailhefer à la Fondation Curie depuis 1920.

Morestin proposait d'extirper en un temps et en continuité la lésion linguale et les ganglions comme on le fait par exemple pour un cancer du sein. Cette méthode était la plus logique, mais la mise en communication de la cavité buccale et des espaces celluleux du cou causait des accidents se terminant fréquemment par la mort. La technique de Morestin supposait que l'envahissement lymphatique se faisait par propagation ; or, nous avons vu plus haut qu'il se fait par embolie : les troncs lymphatiques unissant la langue aux ganglions restent donc le plus souvent indemnes de néoplasme ce qui a permis à Roux-Berger et Tailhefer d'appliquer leur procédé (1).

La technique de la Fondation Curie consiste à pratiquer, sous anesthésie locale une section en bloc de toutes les voies lymphatiques d'un côté du cou. Il faut opérer largement et réaliser l'exérèse de la région sous-mentale, sous-maxillaire, du tissu cellulo-ganglionnaire de la région carotidienne et sus-claviculaire. On évidera depuis la clavicule jusqu'à la branche horizontale du maxillaire et jusqu'au voisinage de la base du crâne,

(1) Référence : Roux-Berger et Tailhefer. Le curage des ganglions du cou dans les cancers buccaux-pharyngés. *Presse médicale*, 25 mars 1933, n° 24, p. 482-484.

dépassant en avant la ligne médiane et atteignant en arrière le bord antérieur du trapèze. La chaîne du spinal, la glande sous-maxillaire, le sterno-cléido-mastoïdien et la jugulaire interne sont enlevés ; les ganglions se trouvent en quelque sorte pris en sandwich entre ces deux derniers organes. Ces mêmes ganglions sont enlevés en bloc et emportés dans la pièce opératoire sans que le chirurgien les voie : il ne faut en effet jamais les disséquer séparément, ceci afin d'éviter un essaimage. Depuis 1933, Roux-Berger et Tailhefer sectionnent le ventre postérieur du digastrique ce qui donne du jeu à la jugulaire qu'on peut alors couper deux centimètres plus haut ; de cette façon on étend l'exérèse dans la partie située au-dessus du ganglion principal sous-digastrique qui se trouve le plus fréquemment atteint.

En cas de cancer de la pointe ou ayant dépassé la ligne médiane on évide le côté le moins malade en conservant la jugulaire interne. Trois semaines plus tard, on traite le côté opposé en extirpant la veine. On risque en effet des accidents d'œdème de la glotte si on opère les deux côtés en une seule séance. Il va de soi qu'en cas de risque d'hémorragie linguale on profitera de l'opération pour lier la carotide externe d'un seul côté ou des deux. Aussitôt l'évidement pratiqué les ganglions sont envoyés au laboratoire pour leur examen histologique groupe par groupe : ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires, carotidiens, sus claviculaires.

On peut dire de l'évidement ganglionnaire qu'il représente une opération le plus souvent très bien supportée grâce à l'anesthésie locale et relativement peu mutilante. On observe toutefois ultérieurement une impotence fonctionnelle par abaissement du moignon de l'épaule dû à une paralysie du trapèze par section de la branche externe du spinal et des nerfs cervicaux profonds. Dargent, de Lyon, a cherché à éviter cet inconvénient en respectant le spinal. On a objecté à cette technique qu'une dissection pratiquée dans une région ganglionnaire envahie par le néoplasme risquait d'être dangereuse. En réalité, Dargent réserve cette intervention aux cas où il s'agit d'un évidement simplement prophylactique et emploie le procédé de la Fondation Curie pour enlever les ganglions cliniquement perceptibles. D'ailleurs cette impotence de l'épaule est de peu d'importance en regard de la gravité de la lésion qui a motivé l'intervention ; elle ne doit en aucun cas, faire opter pour une exérèse plus limitée qui serait alors pire que l'abstention.

Rayons X

Quand on veut traiter les ganglions d'un cancer de la langue par les rayons X ou le radium, il ne faut jamais faire l'irradiation en même temps que la radiumpuncture de la tumeur primitive. On risquerait des ostéo-radionécroses du maxillaire soumis à des doses massives par action des appareils les uns sur les autres.

La technique d'irradiation par les rayons X a été réglée par Coutard à la Fondation Curie. On emploie une tension de 180 à 200 kilovolts filtés sur les deux millimètres de cuivre ou de zinc ; la distance anticathode-peau varie entre cinquante et soixante centimètres. On tâchera d'éviter le plus possible les muqueuses grâce à l'orientation du faisceau. Habituellement on utilise deux portes d'entrée : champs latéraux cervicaux droit et gauche. La dose donnée sur chaque champ varie entre 3.000 et 4.500 r. selon l'étendue et le volume des lésions et sera étalée sur un mois environ. On surveillera de très près le malade pendant toute la durée du traitement mais il faut savoir que, tout au moins pour les adénopathies secondaires à un cancer de la portion mobile de la langue, les rayons X n'auront le plus souvent qu'un effet retardateur sur l'évolution des lésions. Actuellement, d'ailleurs, on ne réserve le traitement par les rayons X ou le radium qu'aux seuls cas où les ganglions sont fixés ; en effet, l'intervention chirurgicale donnerait alors de très mauvais résultats.

Radium

On peut, pour traiter des ganglions par le radium, employer trois méthodes : les appareils moulés, la radiumpuncture et la télécuriethérapie. Les indications sont les mêmes que celles des rayons X.

Les appareils moulés sont utilisés pour les adénopathies inopérables ou les ganglions restant après intervention chirurgicale incomplète. On commence par bien délimiter au crayon dermographique l'ensemble de la région à irradier. On modèle ensuite sur cette région une plaque de pâte Columbia ou de Nidrose. Il suffit de chauffer la pâte Columbia à 45° pour la rendre malléable ; on l'applique ensuite sur la région cervicale en appuyant modérément puis on la plonge dans l'eau froide pour la durcir. Des trous destinés au passage de lacets sont percés sur les bords de l'appareil ; de petits socles en liège destinés à porter les tubes

sont placés dessus. L'appareil est maintenu en place au moyen de lacets et de bandes. La Nidrose présente l'avantage d'être beaucoup plus légère que la pâte Columbia donc plus facile à supporter par le patient, mais en revanche, elle n'est malléable qu'à 90° ce qui rend très difficile la prise des empreintes.

En cas d'adénopathies inopérables, c'est-à-dire volumineuses et fixées, il importe de donner une forte dose. Comme le rayonnement doit agir profondément des foyers de 15 à 20 milligrammes de radium sont placés en quinconce, chacun sur un socle en liège de façon à ce que leur distance à la peau soit de sept centimètres environ. L'évaluation de la dose est difficile à apprécier car on provoque facilement des altérations du maxillaire ou du larynx. A l'Hôtel-Dieu cette dose qui est de trois cents millicuries détruits pour un seul côté du cou et de quatre cent cinquante pour les deux est donnée en vingt jours environ. Ce traitement n'est plus employé qu'exceptionnellement car il provoque des réactions cutanées extrêmement brutales. Il est d'autre part dangereux pour le malade et le personnel hospitalier car de telles quantités de radium donnent un rayonnement inutile que l'on ne peut éviter. L'application très progressive de la dose constitue le seul avantage de cette méthode.

Si au contraire, le malade a déjà subi un évidement et qu'on désire simplement traiter une zone suspecte ou un ganglion restant, la distance des tubes à la peau ne sera que de trois à quatre centimètres. Le nombre de millicuries détruits sera moindre que précédemment ; il dépendra de l'étendue et du volume de la lésion. On préfère d'ailleurs utiliser la radiumpuncture pour ces ganglions restant après intervention chirurgicale.

La radiumpuncture est difficile à pratiquer dans la région cervicale à cause de la présence du paquet vasculo-nerveux du cou. Quand il s'agit de ganglions inopérables le résultat ne peut être que palliatif, mais on peut ainsi faire diminuer de volume des masses qui provoquaient des troubles de compression. Beaucoup plus fréquemment l'implantation de radium est pratiquée à ciel ouvert, c'est-à-dire dans le cas où le chirurgien n'a pas pu enlever la totalité des ganglions. Les aiguilles sont placées à la périphérie de la tumeur et à deux centimètres les unes des autres. La dose totale dépend essentiellement de l'étendue à traiter, mais on s'efforce de faire durer l'application environ six à huit jours ? Parfois on complète le traitement par l'application d'un appareil moulé ; dans ce cas la dose donnée avec l'appareil sera les deux tiers de celle employée quand on ne

fait pas de radiumpuncture. Ces procédés de radiumpuncture des ganglions restent cependant des traitements d'exception que l'on tend de plus en plus à abandonner.

La télécuriethérapie nécessite l'emploi d'une quantité considérable de radium : deux à cinq grammes. La distance du foyer à la peau varie entre huit et douze centimètres. La filtration est au minimum d'un millimètre de platine. Ces différents facteurs permettent d'augmenter le rendement en profondeur ce qui constitue le principal avantage de la télécuriethérapie. Etant donné le prix élevé du radium tous les centres anticancéreux ne sont pas équipés avec ce dispositif ; la méthode n'est pas employée à l'Hôtel-Dieu pour le traitement des ganglions néoplasiques.

Traitement des récidives

La cure d'une récidive, qu'elle soit locale ou ganglionnaire, est plus difficile que celle d'une lésion primitive. Il faut mettre à part le néoplasme survenant sur une langue déjà traitée, mais en un point différent de celui ou siégeait la première lésion ; il s'agit le plus souvent de langues leucophasiques sur lesquelles plusieurs tumeurs peuvent se développer successivement et dont nous parlerons au chapitre de la prophylaxie. Bien entendu, il est inutile d'insister sur la nécessité absolue d'examiner très fréquemment et ensuite une fois par an tout malade ayant été traité pour un cancer de la langue.

S'il s'agit d'une récidive linguale après radiumpuncture nous avons alors l'indication majeure de l'électrocoagulation. Dans une statistique de quarante récidives traitées de cette façon Tailhefer a obtenu 10 guérisons ce qui montre tout l'intérêt de la méthode ; encore faut-il signaler, que sur les trente échecs, dix fois la langue opérée était restée guérie et que la mort du malade s'était produite avant la cinquième année par métastase ganglionnaire ou par maladie intercurrente. C'est donc ici le seul cas où une réintervention puisse donner de bons résultats.

Si au contraire la tumeur a été primitivement traitée par électro-coagulation le traitement d'une récidive sera beaucoup plus aléatoire. On emploie dans ce cas la radiumpuncture, mais on agit sur un tissu cicatriciel qui est bien moins sensible aux radiations que normalement. Presque fatalement le résultat sera des plus mauvais.

Quant aux récidives ganglionnaires on n'aura rien à employer si ce n'est un traitement par radiumpuncture ou rayons X. Nous

avons vu plus haut le mode d'application de ces deux agents thérapeutiques, mais nous répétons qu'il ne faut chercher là le plus souvent qu'un résultat palliatif car les récidives ganglionnaires se sont toujours montrées d'un pronostic extrêmement sombre. C'est pour cette raison que toute récidive linguale devra être traitée dans le plus bref délai possible afin d'éviter une invasion des ganglions lymphatiques, invasion qui est toujours plus grave que la lésion primitive elle-même.

PROPHYLAXIE

On comprend facilement qu'en présence d'une lésion difficilement curable comme l'est le cancer de la langue tous les efforts devront tendre à éviter son apparition. De nombreuses recherches ont été faites pour préciser la genèse de cette affection, mais on a seulement trouvé des causes prédisposantes comme c'est d'ailleurs le cas pour la majorité des cancers. Quelles sont donc ces causes favorisantes ?

Il est d'abord nécessaire d'avoir une bouche dans le meilleur état possible ; les dents cariées, les chicots devront être obturés ou extraits. Nous rappelons que fréquemment une dent malade crée en face d'elle sur la langue une irritation chronique qui peut un jour dégénérer.

Un appareil de prothèse mal adapté peut également irriter la muqueuse linguale. Il faut donc construire ces appareils soigneusement et les vérifier de temps en temps. Certains auteurs ont accusé les prothèses en acier de causer fréquemment des néoplasmes ; actuellement la question ne semble pas tranchée. Dans tous les cas où on aura découvert une irritation chronique, la cause de celle-ci sera supprimée ; on ordonnera d'autre part au malade de pratiquer des rinçages de bouche fréquents à l'aide d'une solution antiseptique jusqu'à ce que la cicatrisation complète soit obtenue. Au cas où il subsisterait un petit point de leucoplasie il suffirait de la détruire par électro-coagulation.

La cause la plus fréquemment retrouvée dans l'étiologie du cancer de la langue est certainement la leucoplasie, qu'elle soit secondaire ou non à une syphilis. Il s'agit d'une affection extrêmement difficile à traiter. On a employé l'eau ferro-cuivreuse de Saint-Christau qui semble donner quelques résultats. Le plus souvent on doit avoir recours à une électro-coagulation en surface de toute la langue ; l'opération supprime momentanément la leucoplastie, mais ne l'empêche pas de récidiver à plus ou moins brève échéance. La meilleure conduite à tenir en présence de cette affection semble être de conseiller au malade de s'abstenir

de toute application corrosive ; on lui recommandera également de ne pas fumer ; non que le tabac semble favoriser le cancer de la langue chez un sujet normal, mais simplement pour ne pas irriter sa leucoplasie. Il importe surtout de surveiller de très près le patient afin d'intervenir dés que surviendra le moindre signe de transformation.

OBSERVATIONS

Observation I. — M. Jan.

Il s'agit d'un malade âgé de 40 ans qui se présente à la consultation en décembre 1940, porteur d'une ulcération siégeant à la partie moyenne du bord gauche de la langue. La lésion mesure 3 × 1,5 centimètres et reste très à distance de la ligne médiane. On ne trouve pas de ganglions.

Un examen histologique après biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire à tendance kératinisante.

On pratique aussitôt une radiumpuncture : vingt millicuries détruits sont donnés en 5 jours et demi. En février, un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche est décidé. Le chirurgien pratique la méthode habituelle : résection du sterno-cléido-mastoïdien et de la jugulaire interne. Il lie en outre, la carotide externe car la lésion linguale qui semble encore suspecte est traitée par électrocoagulation. L'opération est pratiquée sous-anesthésie locale ; on doit simplement donner une légère bouffée de chloroforme à la fin. Les ganglions prélevés sont examinés histologiquement ce qui montre que trois d'entre eux appartenant à la chaîne carotidienne sont le siège de métastases.

Le malade est ensuite revu tous les mois. En juin, on pratique l'ablation de quelques séquestres maxillaires. Depuis on constate régulièrement tous les ans que la guérison est complète. En mars 1947, M. Jan se porte toujours très bien et sa langue présente une souplesse parfaite.

Cette observation montre bien notre impuissance à juger de l'intégrité ou non des ganglions ainsi que la possibilité de « reprendre » par électrocoagulation une lésion insuffisamment stérilisée par le radium.

Observation II. — M. Ren.

Le malade âgé de 45 ans, présente une ulcération du bord gauche de la langue mesurant 3 × 2 centimètres. Il n'existe pas de ganglions cliniquement perceptibles. L'examen histologique confirme le diagnostic d'épithélioma malpighien spino-cellulaire.

En décembre 1940, on pratique une radiumpuncture : 31 millicuries détruits en cinq jours trois quarts. En janvier, 1941 évidement sous-

maxillaire et carotidien gauche classique. L'histologie montre que certains ganglions sont envahis.

Le malade se porte bien jusqu'en avril 1941, époque à laquelle la lésion linguale redevient suspecte. On pratique aussitôt une électrocoagulation après fente de Jœger, et ligature de la carotide externe.

En mai 1942 : présence d'un ganglion suspect dans la région opérée ; on pratique l'ablation de celui-ci sous-anesthésie à la novocaïne et le laboratoire répond qu'il ne s'agit pas d'une adénopathie cancéreuse.

On constate ensuite que le malade se porte très bien. Il survient simplement une légère nécrose du maxillaire. En février 1947, l'état général et local est excellent.

Observation III. — M. Bou.

Malade âgé de 48 ans, et présentant un épithélioma du bord gauche de la langue. On ne trouve pas de ganglions à l'examen clinique. En février 1941, une radiumpuncture est pratiquée : 31, 6 millicuries détruits en 5 jours et demi.

En mars 1941 : Evidement sous-maxillaire et carotidien gauche. L'histologie montre que les ganglions ne sont pas envahis.

On revoit le malade tous les mois, puis plus rarement, mais jamais il ne présente le moindre accident. En février 1947, son état est parfait.

Observation IV. — M. Tai.

Il s'agit d'un malade de 72 ans qui présente au mois de novembre 1941 un cancer du bord gauche de la langue survenu sur une leucoplasie préexistente et mesurant 3 × 2 cm. de diamètre. La langue est bien mobile ; il n'existe pas de ganglions à l'examen clinique.

On pratique une radiumpuncture ; simplement 16 millicuries détruits, mais deux aiguilles enfoncées dans la partie postérieure de la tumeur sont tombées au cours du traitement. Un mois plus tard on complète la stérilisation de la lésion linguale par une électrocoagulation et on pratique une évidement classique du côté gauche. L'histologie montre que les ganglions ne sont pas envahis.

En avril 1947 : le malade est en très bon état. Il présente simplement une impotence relativement très marquée du moignon de l'épaule.

Observation V. — M. Boui.

Malade de 46 ans. *Ancien syphilitique*. Il présente un épithélioma du bord gauche de la langue sans ganglions perceptibles.

En mars 1942, le traitement est mis en œuvre.

Il consiste en une seule opération comportant l'électrocoagulation

de la lésion linguale et un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche avec ligature de la carotide externe. C'est la nécessité de cette dernière qui a fait pratiquer la cure des ganglions (que l'histologie montrera envahis) en même temps que celle de la lésion primitive.

Le malade ne présente jamais la moindre complication ; en mars 1947 il se porte très bien.

Observation VI. — Mlle Rou.

En avril 1942, cette demoiselle, âgée de 78 ans, est porteuse d'un épithélioma de 2 cm. de diamètre siégeant à la partie moyenne du bord gauche de la langue. Cliniquement, il n'existe pas de ganglions perceptibles.

On ne peut pas tenter une radiumpuncture étant donné l'âge de la malade. On pratique donc le même jour une électrocoagulation de la tumeur avec ligature de la carotide externe ainsi qu'un simple évidement sous-maxillaire gauche. Fort heureusement les ganglions ne sont pas envahis.

Aussitôt sortie de l'hôpital la malade ne se présente plus à la consultation et, c'est seulement en mars 1947, que nous apprenons qu'elle est toujours en bonne santé malgré ses 82 ans.

Cette observation démontre combien l'électrocoagulation est peu choquante, tout en pouvant donner de bons résultats à condition toutefois de ne l'employer que dans des formes relativement au début.

Observation VII.— M. Peti.

Malade âgé de 45 ans et se présentant à la consultation d'avril 1942. L'examen montre *des dents en très mauvais état* en face desquelles siège un épithélioma de la partie moyenne du bord droit, ne dépassant pas la ligne médiane. La palpation révèle des ganglions dans la région cervicale gauche.

Une radiumpuncture est pratiquée : on donne 20,3 millicuries détruits en une semaine. Six semaines après on procède à un évidement sous-maxillaire et carotidien droit. Les ganglions se révélent envahis par le processus néoplasique.

Malgré cela le malade se porte très bien ; on obtient de ses nouvelles en mars 1947 : il a repris son travail depuis longtemps et présente simplement une petite gêne fonctionnelle de l'épaule droite.

Observation VIII. — M. Bru.

Ce malade de 68 ans vient à la consultation en septembre 1936. Il est porteur d'un épithélioma de la partie moyenne du bord gauche.

La tumeur a le volume d'une cerise. Elle est ulcérée et bien latéralisée, *développée contre la seule dent qui existe sur le maxillaire supérieur gauche.* On trouve quelques petits ganglions à gauche. Le traitement consiste en une radiumpuncture au cours de laquelle 15,75 millicuries détruits sont donnés et en un évidement sous-mental sous-maxillaire et carotidien gauche avec ligature de la carotide externe. L'histologie montre qu'il n'existe pas de métastases au niveau des ganglions, mais que *4 d'entre eux présentent des lésions tuberculeuses.*

On revoit le malade régulièrement jusqu'en mars 1947 où son état est parfait.

Cette observation est intéressante pour deux raisons : elle nous montre d'abord le rôle des vieux chicots dans la genèse des cancers de la langue et ensuite que la présence de ganglions à examen clinique ne signifie pas forcément que ceux-ci sont atteints par le processus tumoral.

Observation IX. — Mme Jac.

En février 1933, cette malade de 62 ans vient dans le service. L'examen de la langue montre un épithélioma de 2 cm. de diamètre, ulcéré, siégeant sur la face inférieure du bord gauche. Il n'y a pas de ganglions perceptibles.

On applique un appareil moulé endo-buccal sur la face inférieure de la langue : 6,75 millicuries détruits en 27 heures réparties sur 7 jours. Comme dix jours après la lésion ne semble pas subir de modification on pratique une radiumpuncture : 9,36 millicuries détruits en 7 jours. Ensuite, évidement sous-maxillaire et carotidien gauche ; l'histologie ne montre pas de métastase au niveau des ganglions.

Au mois de septembre 1933, récidive linguale vérifiée microscopiquement ; on en pratique l'exérèse par électrocoagulation.

Très bon état ensuite jusqu'en janvier 1936 où une adénopathie suspecte apparaît le long du trapèze gauche. On prélève ce ganglion que le laboratoire montre n'être pas cancéreux.

En mars 1938 : apparition d'un petit point de leucoplasie à la partie postérieure du bord gauche.

On en fait l'exérèse par électrocoagulation.

Tout rentre dans l'ordre, mais en novembre 1942 un nouveau point de leucoplasie survenant à la même place que précédemment doit être également traité par électro-chirurgie.

En juin 1944 : la malade revient consulter parce qu'elle présente des troubles de dysphagie. Une radio de l'œsophage montre une image lacunaire basse que l'on interprète comme une métastase et qui fait décider l'abstension.

Pendant 16 mois la dysphagie augmente : seule l'alimentation liquide est possible. Mais un matin, à la suite d'efforts de vomissements, expectoration d'une sorte de calcul mesurant 2 cm. environ ; aussitôt tous les phénomènes digestifs disparaissent.

La malade est venue consulter en décembre 1946 ; on a pu constater que son état était parfait.

L'histoire de cette dame montre combien la leucoplasie est une affection récidivente, mais également la facilité avec laquelle l'électrocoagulation prévient les récidives à condition d'intervenir assez tôt. Nous n'avons malheureusement pas pu préciser exactement la nature du calcul expectoré par la malade.

Observation X. — Mlle Pet.

Il s'agit d'une malade de 42 ans, *syphilitique* et présentant une leucoplasie sur laquelle vient de se développer une ulcération du bord droit, d'un centimètre de diamètre, à fond sanieux et bourgeonnant reposant sur une base indurée la débordant.

On ne trouve pas de ganglions. Le plancher de la bouche est bien souple.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'épithélioma et fait pratiquer en mai 1938 une radiumpuncture : 14,5 millicuries détruits, suivie d'un évidement sous-maxillaire et carotidien droit ; les ganglions ne sont pas envahis.

Depuis ce moment, la malade se porte parfaitement bien sans présenter la moindre complication. Elle a été examinée récemment en mars 1947.

Observation XI. — M. Pou.

En mars 1934, ce malade de 73 ans présente un épithélioma du bord gauche de la langue, sans adénopathie perceptible. En raison de son âge on pratique simplement une électrocoagulation de la lésion ainsi qu'un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche sans ligature de la carotide externe. Les ganglions ne sont pas envahis.

Jamais la plus petite complication ne survint. Le malade meurt en 1944, alors âgé de 83 ans, d'une affection ne présentant aucun rapport avec son néoplasme.

Observation XII. — M. Leb.

Il s'agit d'un malade de 59 ans, présentant un épithélioma du bord gauche de la langue, sans ganglions cliniquement perceptibles. Il est traité en 1935 par radiumpuncture : 17,2 millicuries détruits en 7 jours, et par évidement ganglionnaire gauche. Le laboratoire répond que les ganglions ne sont pas envahis.

Le malade ne revient jamais à la consultation. En février 1947, on recherche sa trace et on apprend qu'il vient d'être hospitalisé pour un syndrome rappelant un phlegmon périnéphrétique et qui a guéri par la pénicilline ; sa langue est dans un état parfait.

Observation XIII. — M. Gau.

Le malade, âgé de 64 ans, est porteur d'un épithélioma du bord droit de la langue. Pas de ganglions perceptibles.

En juin 1937, on applique un appareil moulé endo-buccal : 35 millicuries détruits en 7 jours.

Il ne survient aucune modification ce qui fait décider une radiumpuncture : II,77 millicuries détruits en 7 jours. Deux mois plus tard, on pratique un évidement sous-maxillaire et carotidien droit. Un seul ganglion carotidien est envahi. Le malade dont on obtient des nouvelles en mars 1947 se porte toujours bien.

Observation XIV. — M. Via.

Malade âgé de 34 ans qui présente en avril 1936 un gros épithélioma ulcéré envahissant tout le bord droit de la langue. Cliniquement, on ne trouve pas l'adénopathie.

Il est traité d'abord par appareil moulé : 583 millicuries détruits en 27 jours puis par radiumpuncture : 15, 12 millicuries détruits en 7 jours.

Comme la lésion ne semble pas entièrement stérilisée on en fait l'électro-coagulation après fente de Jœger ; on pratique en même temps un évidement sous-maxillaire et carotidien *bilatéral*. L'histologie montre que les ganglions ne sont pas envahis.

En 1938 présence sur la luette d'une formation papillomateuse que l'on enlève par électro-coagulation ; le laboratoire répond qu'il s'agit là d'une formation tuberculeuse.

Le malade revu régulièrement ne présente aucun signe de récidive, mais présente en 1944, une tuberculose pulmonaire en pleine évolution.

En 1945, il meurt de sa bacillose.

Observation XV. — M. Glo.

Le malade est porteur depuis plus de 20 ans, d'une leucoplasie du dos de la langue. Il vient alors âgé de 63 ans, consulter en janvier 1941 pour un épithélioma du bord gauche. La lésion est très peu infiltrante ; on ne trouve pas de ganglions à la palpation.

On pratique en une seule séance une électro-coagulation de la lésion linguale suivie d'un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche et d'une ligature de la carotide externe. Les ganglions ne sont pas atteints. Dans les six mois, on constate l'état parfait du malade et la partie semble gagnée lorsqu'en septembre 1942 une nouvelle leucoplasie apparaît. Celle-ci reste très localisée pendant l'année 1943. Ce n'est qu'en juillet 1944 que le malade revient porteur d'un nouvel épithélioma siégeant à la pointe et ayant envahi les

ganglions des deux côtés du cou. Cet état fait décider l'abstention et conseiller des injections de morphine.

Ici encore apparaît le rôle extrêmement néfaste de la leucoplasie qui a causé la mort du malade par un second cancer alors que la première lésion semblait définitivement guérie,

Observation XVI. — M. Mic., 67 ans.

Là encore, il s'agit d'un épithélioma du bord droit survenu sur une *leucoplasie* qui occupe tout le dos de la langue. La tumeur qui mesure 3 × 2 centimètres est à peine exulcérée. On sent des ganglions à droite.

En décembre 1941, on pratique une radiumpuncture : 32 millicuries détruits en sept jours, suivie d'un évidement sous-maxillaire et carotidien droit ; les ganglions sont envahis.

En février 1932 : disparition de la lésion linguale, mais tout le bord droit reste induré de façon diffuse. Pendant un an il ne se produit aucune complication, mais en janvier 1943 : apparition d'une tuméfaction carotidienne *gauche* du volume d'un œuf. L'opération est impossible ; on fait donc une radiumpuncture : 27 millicuries ; détruits en huit jours, puis un traitement par rayons X : 4.000 r. en vingt séances, une tous les cinq jours en radiothérapie profonde, ce qui amène une diminution nette de l'adénopathie.

Le malade va bien ensuite ; en décembre 1943 de nouvelles adénopathies apparaissent à droite, la déglutition devient impossible ; des syncopes se produisent fréquemment. On décide de s'abstenir de tout traitement.

Observation XVII. — M. Don, 72 ans.

Le malade ne revient consulter qu'un an après le début de son affection. Elle s'était manifestée à ce moment par une ulcération infra-linguale. Actuellement (mars 1941) toute la portion mobile est envahie ; la tumeur atteint le rebord alvéolaire. On note des adénopathies bilatérales, sous-mentales, sous-maxillaires et carotidiennes. *Abstention.*

Observation XVIII. — M. Ire, 66 ans.

Le malade présente une ulcération de tout le bord gauche depuis la pointe jusqu'à l'arrière du V lingual. L'infiltration dépasse la ligne médiane à la partie moyenne, mais pas en avant ni en arrière. Toutefois la protraction est presque normale. Le plancher est œdématié, mais souple. Il n'y a pas d'adénopathies perceptibles.

On pratique en février 1942, une radiumpuncture : 32 millicuries détruits en cinq jours, puis un évidement sous-mental, sous-maxillaire et carotidien gauche ; on lie la carotide externe afin de pouvoir

électrocoaguler un point suspect sur la langue. Les ganglions sont envahis.

En août 1942 : apparition d'une adénopathie inférieure carotidienne droite. On pratique le même traitement qu'à gauche : évidement sous-mental, sous-maxillaire et carotidien. Le laboratoire montre que ce ganglion est envahi.

Malade en très bon état jusqu'en juin 1944 où apparaît une récidive sous-maxillaire droite de trois centimètre de diamètre et présentant une ulcération superficielle. *Abstention* et Bufox.

Observation XIX. — M. Pol..., 46 ans.

En octobre 1941, ce malade présente un épithélioma de la langue sous la forme d'une tumeur infiltrante de deux centimètres de diamètre, ulcérée reposant sur la face inférieure. La langue reste parfaitement mobile. On note une adénopathie carotidienne supérieure droite de trois centimètres de diamètre bien limitée et non adhérente à la peau.

On fait une radiumpuncture de l'adénopathie : 40,5 millicuries détruits en cinq jours et une électro-coagulation de la lésion linguale.

Le mois suivant la langue est guérie, mais l'adénopathie n'a pas régressé ; on fait alors dessus des rayons X : 1500 r à 200 r par séance, mais le résultat est loin d'être parfait.

La tumeur cervicale ne guérit jamais ; en mars 1942 elle est dure et fixée ; le malade se plaint d'otalgie continue et même d'hémicranalgie.

Observation XX. — Cou..., 68 ans.

Malade atteint d'un épithélioma de la langue. L'ulcération de trois centimètres de diamètre siège sur le bord gauche et présente une base indurée ; elle est survenue sur une plaque de *leucoplasie*. Pas de ganglions perceptibles.

On pratique en novembre 1937 une radiumpuncture : 17,82 millicuries détruits en cinq jours un quart ; ensuite on fait un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche. Les ganglions ne sont pas envahis.

Le malade va bien jusqu'en décembre 1944 : à cette date apparaît une nouvelle leucoplasie en voie de dégénérescence que l'on traite par électro-coagulation.

En 1945, le malade va bien. En 1946, il « meurt de son mal » déclarent les personnes interrogées à son sujet ; en réalité il semble plutôt qu'il se soit produit un nouvel épithélioma. De toute façon cette observation nous montre la nécessité d'examiner régulièrement tout malade ayant présenté un cancer même lorsqu'il est guéri depuis plus de cinq ans.

Observation XXI. — M. Des..., 56 ans.

Ce malade est traité en juin 1936, par radiumpuncture par évidement sous-maxillaire et carotidien droit pour un épithélioma du bord droit de la langue. Il meurt en février 1938 de métastase hépatique.

Cette observation montre que le cancer de la langue peut parfois être métastatique bien qu'il ne soit pas réputé comme tel. Nous citons d'ailleurs quelques autres observations de métastases éloignées.

Observation XXII. — Mme Sab..., 60 ans.

La malade est traitée par radiumpuncture et par évidement pour épithélioma lingual en 1933. En 1937, elle présente une volumineuse métastase hépatique qui entraîne la mort.

Observation XXIII. — M. Cir..., 66 ans.

Traité en 1935 pour un épithélioma de la langue. Le malade présente trois mois après des métastases de la paroi abdominale et du crâne ; on fait l'exérèse chirurgicale de ces tumeurs. En 1942, on apprend la mort du patient sans que la date de cette dernière puisse être précisée.

Observation XIV. — M. Car..., 67 ans.

Il s'agit d'un *syphilitique* que l'on traite en septembre 1938 pour un épithélioma du dos de la langue : radiumpuncture et évidement bilatéral. En janvier 1939 : mort à la suite d'une métastase pulmonaire gauche.

Observation XXV. — M. Cho..., 21 ans.

Le malade est porteur d'un épithélioma marginal postérieur gauche survenu en face d'une *dent malade*. On trouve simplement une adénopathie carotidienne supérieure gauche.

En octobre 1944, on pratique une radiumpuncture : 24,30 millicuries détruits, puis un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche. L'examen histologique montre qu'il existe des métastases ganglionnaires.

En janvier 1935, le malade présente de la dysphagie ; on pratique un examen radiologique qui ne décèle aucune lésion de l'œsophage. En mars 1945, un nouvel examen est demandé parce que l'alimentation solide est devenue impossible : on constate alors une volumineuse métastase siégeant dans la partie basse de l'œsophage. Le malade meurt en novembre 1945.

Cet exemple nous montre combien il faut pratiquer de fréquents examens radiologiques chez un malade cancéreux qui présente une dysphagie : à trois mois d'intervalle une lésion invisible est devenue extrêmement étendue.

Observation XXVI. — Mme Car...

Cette malade, âgée de 53 ans et demi, présente en octobre 1940 un gros épithélioma de tout le bord gauche de la langue. On trouve cliniquement une adénopathie carotidienne supérieure gauche.

On fait aussitôt une radiumpuncture : 30,6 millicuries détruits ainsi qu'un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche. L'histologie montre que les ganglions sont envahis. Deux mois plus tard on pratique le même évidement à droite ; là encore le laboratoire montre qu'il existe des métastases au niveau des ganglions.

En 1944 : récidive carotidienne supérieure gauche sur laquelle on fait une radiumpuncture : 17 millicuries détruits. En avant de l'épiglotte on découvre une induration que l'histologie montre ne pas être néoplasique, mais dont on fait néammoins l'exérèse par électrocoagulation.

Au début de 1945 : apparition d'une ulcération sous-mastoïdienne gauche ; l'examen histologique confirme sa nature néoplasique. On décide de faire l'électrocoagulation de cette ulcération, mais entre temps, la malade présente une hémorragie secondaire dans cette région et meurt.

Observation XXVII. — M. Lég...,

On constate en novembre 1940 un épithélioma de la partie postérieure du bord droit de la langue. Adénopathie carotidienne supérieure droite. On pratique une radiumpuncture : 24 millicuries détruits, suivie d'un évidement sous-maxillaire et carotidien droit.

En 1941 : présence dans la région sous-maxillaire droite d'une fistule qui fait décider l'abstention. Or, cette fistule se forme spontanément et le malade paraît guéri. Les réactions pour la *syphilis* sont toutes positives.

En mai 1944 : récidive sur la partie droite de la langue ; électrocoagulation de la lésion sans ligature de la carotide externe et évidement sous-maxillaire et carotidien gauche. Très bon état après l'opération.

En juillet 1945 : apparition d'une tuméfaction dans la région sterno-claviculaire droite. On demande une radio qui montre une atteinte de l'articulation. On décide de faire des rayons X (1.200 r) sur cette tumeur, mais au bout de trois séances de 200 r chacune le malade désire repartir en province.

Il meurt en octobre 1945 dans des souffrances atroces ; le malheu-

reux ne pouvait plus parler et présentait une très grosse perte de substance à la base du cou.

Observation XXVIII. — Mme Brou..., 62 ans.

Malade *syphilitique* qui en juillet 1942 présente un épithélioma du bord gauche de la langue. Excision au bistouri de la tumeur, puis électrocoagulation, évidement sous-maxillaire et carotidien gauche ; les ganglions ne sont pas envahis.

En 1943 : présence d'un bourgeon charnu qui survient sur l'ancienne cicatrice ; on fait une biopsie suivie d'une électrocoagulation : il ne s'agissait pas d'une formation néoplasique ?

En avril 1945, on électrocoagule à nouveau une formation suspecte.

En juillet 1945, apparition d'un ganglion dans la chaîne carotidienne droite et inférieure, on le traite par les rayons X : 4000 r en vingt séances.

La malade meurt en septembre 1945 par extension du néoplasme aux autres ganglions.

Observation XXIV. — M. Cer..., 47 ans.

Vaste épithélioma envahissant toute l'hémilangue gauche. Le côté droit est également à surveiller. Le sillon maxillaire lingual gauche est envahi. On trouve seulement un petit ganglion sous-maxillaire gauche.

On pratique une radiumpuncture : 28 millicuries détruits. Trois mois après récidive. On fait alors une électrocoagulation avec fente de Jœger gauche et évidement sous-maxillaire et carotidien bilatéral. L'examen histologique montre que les ganglions sont envahis des deux côtés.

En 1943 : grosse poussée ganglionnaire qui fait opter pour l'abstention. La mort survient en mars 1944.

Observation XXV. — M. Dau...,

Malade âgé de 66 ans qui est porteur d'une ulcération de la partie droite et inférieure de la langue. Il existe une adénopathie droite sous-maxillaire, mais rien dans la chaîne carotidienne.

L'histologie confirme le diagnostic d'épithélioma et fait entreprendre en octobre 1943 une radiumpuncture : 19,2 millicuries détruits en huit jours, suivie d'un évidement sous-maxillaire et carotidien droit ; un ganglion paraît envahi dans la région sous-mentale : on fait une destruction de toute cette région par électrocoagulation.

En mai 1944, le malade se plaint surtout d'une grosse gêne fonctionnelle du membre inférieur droit. Il existe dans le bord droit de la langue un noyau suspect que l'on décide de surveiller.

En juillet 1944, le nodule s'assouplit progressivement et finit par disparaître.

Le malade, revu régulièrement, ne présente aucun signe de récidive. En mars 1945, nous apprenons sa mort à la suite d'une pneumonie.

Cette observation montre qu'il existe fréquemment sur la zone traitée une induration cicatricielle à ne pas confondre avec une récidive.

Observation XXVI. — Mme Bié...

La malade, âgée de 75 ans 1/2, vient consulter en novembre 1943. On porte le diagnostic de *leucoplasie* siégeant sur la partie antérieure du bord gauche de la langue. La lésion mesure 3×2 centimètres ; on la traite par simple électrocoagulation puis on demande une biopsie. Or, cette dernière répond que la leucoplasie est en voie de dégénérescence. On fait aussitôt une radiumpuncture : 21,12 millicuries détruits en huit jours.

En mars 1944, la langue est en excellent état. Il existe simplement une plaie atone au niveau de la région traitée.

En août 1944, une adénopathie sous-maxillaire gauche apparaît et nécessite l'évidement qu'on n'avait pas fait plus tôt étant donné l'âge de la malade.

En mars 1947, la malade se porte parfaitement bien.

Observation XXVII. — M. Meu..., 68 ans.

Epithélioma marginal gauche siégeant juste en avant du pilier antérieur. Tumeur infiltrée mais peu ulcérée, qui reste à distance de la ligne médiane. On ne trouve pas d'adénopathie sous-maxillaire, mais un ganglion carotidien supérieur gauche en voie de fixation.

On donne 15 millicuries détruits en huit jours, puis on pratique un évidement sous-maxillaire et carotidien gauche en février 1941.

En mai 1944, apparaissent deux ulcérations leucoplasiques que l'on traite par électrocoagulation.

En mars 1947, le malade ne présente pas le moindre signe de récidive ; la souplesse de la langue est parfaite.

Observation XXVIII. — M. Ger..., 69 ans.

Le malade présente en mai 1945, un épithélioma de 2 centimètres de diamètre siégeant sur la face inférieure du bord droit. La mobilité de la tumeur est parfaite, il n'existe pas d'adénopathie. On décide de traiter cet homme par électrocoagulation après fente de Jœger, ligature de la carotide externe gauche et probablement oblation de la portion alvéolaire de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

En août 1945, le malade n'avait pas accepté le traitement ; il revient consulter, ce qui permet de constater une plus grosse évolution des

lésions ; il existe à droite des ganglions qui sont totalement fixés. Cet état fait décider l'abstention.

Cet exemple montre combien la précocité du diagnostic et du traitement est utile ; en trois mois un cas qui présentait toutes les chances de guérison s'est transformé en une lésion incurable.

Observation XXIX. — M. Hur..., 82 ans.

En septembre 1929 : ce malade porteur d'une leucoplasie ancienne présente un épithélioma siégeant sur le tiers moyen du bord droit de la langue. Il existe des ganglions sous-maxillaires.

Malgré l'âge du patient on fait une radiumpuncture : 22,44 millicuries détruits en six jours ; on ne fait pas d'évidement.

En août 1936, le malade dont l'état était excellent présente un nouvel épithélioma en arrière de l'ancienne cicatrice : le Dr Tailhefer en fait l'exérèse par électrocoagulation.

En 1947 : on apprend le décès du malade, mais sans que le néoplasme soit en cause.

Nous citons cette observation bien qu'elle ne rentre pas dans notre statistique afin de montrer encore une fois le danger de la leucoplasie qui doit autant que possible être traitée quelles que soient ses dimensions.

Observation XXX. — M. Mas..., 38 ans.

En décembre 1941 : épithélioma du bord gauche de la langue très étendu ; adénopathie cervicale supérieure gauche.

Etant donné l'extension des lésions on fait des rayons X surtout palliatifs : 6.000 r en trente séances. Le malade meurt pendant son traitement en avril 1942. On pratique l'autopsie qui montre l'absence de métastases viscérales et seulement une extension locale.

Observation XXXI. — M. Bad..., 67 ans.

Le malade présente en février 1942 un épithélioma du bord gauche de la langue. Il n'y a pas d'adénopathies cliniquement perceptibles.

On fait aussitôt une radiumpuncture : 36 millicuries détruits. On comptait pratiquer également un évidement, mais le malade meurt en mars 1942. Une autopsie est demandée : celle-ci répond qu'il existe une grosse ulcération de la partie postérieure de la langue et pas de ganglions néoplasiques. Nous ne savons malheureusement pas si cette ulcération existait en même temps que la première lésion ou bien s'il s'agissait d'une extension de cette lésion.

Observation XXXII. — M. Sad..., 62 ans.

En mai 1937, présence d'un épithélioma du bord droit de la langue. On ne trouve pas de ganglions à l'examen clinique. Le malade est

traité par radiumpuncture : 26 millicuries détruits, puis par évidement sous-maxillaire et carotidien droit. L'histologie montre que les ganglions ne sont pas envahis.

En 1941, on constate que le malade est en très bon état, mais ensuite il ne donne plus de ses nouvelles. Une enquête effectuée en mars 1947 nous apprend que fin 1942, il était en bonne santé, mais avait quitté Paris à ce moment-là pour se rendre chez un parent habitant la province.

RÉSULTATS OBTENUS

Comme nous l'avons indiqué au début de notre travail le nombre de cancers du bord libre de la langue examinés à l'Hôtel-Dieu de 1935 à 1942 a été de 63. Le nombre de malades étant inférieur à cent nous citerons les résultats sans donner aucun pourcentage, afin de suivre la réglementation concernant les statistiques.

Sur ce total, on remarque cinq abstentions du fait de lésions par trop évoluées ; nous avons d'ailleurs cité quelques observations de cas semblables.

Nous avons trouvé, en mars 1947, 16 observations où le malade a présenté une survie de plus de cinq ans, ce qui nous permet de les compter comme guérisons.

Cinq personnes traitées au centre de l'Hôtel-Dieu n'ont pu être retrouvées ; ceci s'explique surtout par les événements qui se sont déroulés pendant la période considérée. Toutefois, nous devons tenir ces cas pour des échecs.

Le nombre des décès, à plus ou moins brève échéance, s'élève à 37.

Cas examinés	63
Abstentions	5
Perdus de vue	5
Echecs	37
Guérisons	16

Voyons maintenant, plus en détail, les guérisons et les échecs.

Parmi les seize cas guéris, treize fois le traitement principal de la lésion linguale a été une radiumpuncture ; bien entendu il a parfois été nécessaire de la compléter par une électrocoagulation.

Trois fois l'électrocoagulation seule a servi à la cure de la lésion primitive.

On constate également que 11 fois les ganglions n'étaient pas envahis histologiquement et que 5 fois ils l'étaient. De toute façon nous voyons encore là l'utilité d'un diagnostic le plus précoce possible.

Parmi les 37 échecs, nous avons remarqué que 16 fois la mort était survenue dans les treize mois qui ont suivis l'intervention, plus tardivement dans les 21 autres cas. Ceci nous permet cependant de dire que les chances de guérison augmentent considérablement dès que la survie a dépassé un an. Dans 13 cas la guérison n'a jamais pu être obtenue complètement. Dans les autres, on note un cas de mort au cours des suites opératoires après un évidement, 8 récidives locales, 7 récidives ganglionnaires (dont 3 du côté de la lésion, 2 du côté opposé et 2 bilatérales), 5 métastases à distance (2 hépathiques, une œsophagienne, une pulmonaire, une dans le crâne et la paroi abdominale) et 3 décès de cause inconnue ou différente du néoplasme (mais que nous devons compter comme échecs puisque la mort est survenue avant que la survie soit de cinq ans).

Non guérison même immédiate.....	13		
Suites opératoires.....	1		
Récidives locales.....	8		
Récidives ganglionnaires.....	7	Du côté de la lésion.....	3
		Du côté opposé à la lésion..	2
		Bilatérales	2
Métastases à distance	5	Hépatiques.....	2
		Œsophagienne	1
		Pulmonaire	1
		Crâne et paroi abdominale..	1
Cause inconnue ou différente du néo.	3		
Echecs.....	37	16 dans les 13 premiers mois,	
		21 plus tardivement.	

CONCLUSION

Pour conclure nous passerons en revue les différents traitements en examinant leurs indications et avantages respectifs.

La radiumpuncture qui constitue la thérapeutique la plus ancienne du cancer de la langue nous paraît être restée la meilleure. On obtient souvent la guérison de la lésion linguale ; en cas de stérilisation incomplète il est facile d'employer l'électrocoagulation. Les résultats fonctionnels sont excellents, mais l'application est assez pénible pour le patient.

L'électrocoagulation présente l'avantage d'être moins douloureuse. Ses indications majeures sont la récidive après application de radium et le néoplasme très petit n'infiltrant pas les muscles linguaux ainsi que le cancer de la pointe. Un échec sera beaucoup plus difficile à corriger par les radiations. D'autre part le résultat fonctionnel semble moins bon dès qu'il s'agit d'une forme tant soit peu étendue.

Les rayons X ne seront employés que dans un but purement palliatif.

Au point de vue du traitement des ganglions il ne faut retenir que l'évidement chirurgical uni au bilatéral. En effet, les ganglions d'un cancer de la partie mobile de la langue sont très peu radio sensibles alors qu'au contraire, ceux d'un cancer de la base sont justiciables d'une thérapeutique par les radiations.

En résumé, le cas type du cancer traité à l'Hôtel-Dieu se présente ainsi : radiumpuncture aussitôt le diagnostic posé ; cinq semaines environ après : évidement chirurgical ; s'il y a récidive : électrocoagulation de la lésion linguale et traitement des ganglions par les radiations.

Vu : Le Président de la thèse,
P. BROCQ.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

522. — Imprimerie Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-47